

Ulrich Oevermann
1990

September

Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung.

I. Vorbemerkung.

Die folgenden Ausführungen sollen eine klinische Soziologie skizzieren, die sich als Praxis der soziologischen Beratung, Evaluation und evtl. auch der Intervention auf der Grundlage hermeneutischer Methoden aufbaut und als solche in einem eigenständigen Studienschwerpunkt zum Gegenstand einer geregelten Ausbildung innerhalb des Soziologiestudiums einrichten läßt. Die Ausführungen sollen das Konzept in einer ersten Skizze vorstellen und begründen sowie Anhaltspunkte für die Beratung über einen entsprechenden Studienschwerpunkt geben.

Das Beiwort "klinisch" ist dabei in Analogie zum Begriff des "Klinischen" in der Medizin und Psychologie gewählt worden. Es soll zweierlei zum Ausdruck bringen: zum einen, daß der Gegenstand der klinischen Soziologie immer ein in der Praxis zu lösendes konkretes Problem und die darauf bezogene Tätigkeit des Soziologen eine praktische ist; zum anderen, daß der wissenschaftliche Charakter dieser soziologischen Tätigkeit nicht nur auf der Anwendung problemspezifischer Theorien beruht, sondern insbesondere sich in der spezifischen Methodik einzelfallbezogenen, nicht-standardisierten Vorgehens gründet.

Die "klinische Soziologie" besteht also letztlich in einer professionalisierten, im Namen soziologischer Theorie und vor allem Methodik durchgeführten praktischen Tätigkeit, die in konkreten Einzelfällen bezogen auf praktische Problemstellungen und Krisen dieser Einzelfälle beratend, evaluierend und evtl. interventionistisch aufgrund eines Auftrages aus der Praxis abgerufen wird.

Gleichzeitig verbirgt sich hinter diesem Namen die wissenschaftliche Ausbildung, in der die entsprechende Professionalisierung des klinischen Soziologen geleistet und entsprechende Qualifikationen verbindlich vermittelt werden.

II. Zwei Eigentümlichkeiten der bisherigen Soziologie.

Zwei eigentümliche Voraussetzungen der bisherigen Soziologie müssen bei der Etablierung einer "klinischen Soziologie" von vornherein in Rechnung gestellt werden.

1. Die bisherige Soziologie hat zwar unbedingt ein Diplom als Abschluß eines Hauptstudienganges "Soziologie" in der Nachkriegs-Universität durchsetzen wollen und auch erfolgreich durchgesetzt. Aber die berufspraktische Rechtfertigung eines solchen Diploms steht bisher noch aus. Ein Diplom-Abschluß macht letztlich nur einen Sinn, wenn auf eine institutionalisierbare, gesellschaftlich nachgefragte Berufstätigkeit oder Berufspraxis hin ausgebildet werden kann oder muß. Das setzt natürlich voraus, daß eine solche Berufspraxis zum einen einer realen, regelmäßig wiederkehrenden praktischen Problemstellung korrespondiert und zum anderen das professionalisierende wissenschaftliche Fach von seinen spezifischen Erkenntnismöglichkeiten her ein bedeutsames, von anderen Disziplinen nicht wahrnehmbares Problemlösungspotential bereithält und ausgebildet hat.

Das Fach Soziologie hat nun aber bisher diese beiden allgemeinen Bedingungen nicht erfüllen können. Das lag nicht an seinem geringen Entwicklungs- und Reifestand, sondern hat systematische Gründe. Die Soziologie als allgemeine Gesellschaftswissenschaft hat keinen spezifischen Klienten, es sei denn die Gesellschaft selbst und diese ist per se kein konkreter Klient. Zwar hat die soziologische Forschung in den vergangenen Jahrzehnten durchaus beachtenswerte Problemlösungen für die Praxis bereitgestellt, aber sie sind in der Regel sofort von anderen, auf eine institutionalisierte Berufspraxis vorbereitenden Studiengängen übernommen worden, so etwa in der juristischen Ausbildung, in der medizinischen Ausbildung, aber auch in der Volkswirtschaft, der Psychologie, den verschiedenen Bereichen der Pädagogik und Sozialarbeit und nicht zuletzt den auf eine Verwaltungstätigkeit vorbereitenden Studiengängen. Vieles spricht tatsächlich dafür, daß - legt man die bisherige Entwicklung der Soziologie zugrunde - dieses Fach systematisch keine Berufspraxis begründen und keinen entsprechenden Studiengang institutionalisieren kann, weil seine praxisbezogenen Problemlösungen sofort in andere institutionalisierte Studiengänge als Ausbildungsstoff einwandern, wie überhaupt ja, um an eine frühere treffende Beobachtung von Scheuch anzuschließen, sukzessive ein zu einem früheren Zeitpunkt im Zentrum der Soziologie stehendes Wissen und Fertigmuster später an die Peripherie des Faches wandert, und zwar in dem Maße, in dem sich andere Studiengänge dieser Materie annehmen und sich einverleiben. Umfragemethoden etwa sind dafür ein gutes Beispiel, aber auch Erkenntnisse aus der Organisationssoziologie.

Dem korrespondiert, daß diplomierte Soziologen sich ihre Berufstätigkeit selbst aufgrund ihres je partikularen

Qualifikations- und Interessenprofils quasi als Nischen suchen müssen. Im günstigen Falle schaffen sie an dem Berufsort, an dem sie erfolgreich tätig sind, eine auf konkreter Erfahrung beruhende partikuläre Tradition, die sich aber eben nicht universalisieren läßt. Am ehesten hatten Soziologen, je nach spezifischer Institutstradition, solche Chancen im Bereich der Weiterbildung, des Marketing und der Organisationsberatung. Wo an Universitäten, wie etwa in Bielefeld, versucht wurde, berufspraxisbezogene Schwerpunkte und Ausbildungsgänge zu institutionalisieren, sind die Erwartungen enttäuscht worden. Zwar ist es durchaus gelungen, solche Schwerpunkte zu füllen, aber die Korrelation zwischen Schwerpunktbildung im Studium und inhaltlich komplementärer Berufstätigkeit ist nur gering. – Auch als Methodenspezialisten in der EDV oder in der Umfrageforschung und Survey-Analytik haben Soziologen nur begrenzte Einsatzmöglichkeiten außerhalb der Universität und der einschlägigen Forschungsinstitute. In der Regel handeln sie sich von einem begrenzten Projekt-Vertrag zum nächsten, jeweils im Rhythmus von durchschnittlich 2 Jahren. Darin jedoch kann eine Lösung des Professionalisierungsproblems nicht gesehen werden.

Angesichts dieser pessimistischen Einschätzung wäre es in der Tat erwägenswert, das Diplom wieder abzuschaffen und aus der Soziologie einerseits ein anspruchsvolles Promotionsfach auf Magister-Grundlage zur Selbstrekrutierung des Faches an den Universitäten und der Forschungsdisziplin an Forschungsinstituten ohne Lehre zu machen. Als sich selbst reproduzierende erfahrungswissenschaftliche Disziplin ohne korrespondierende institutionalisierte Berufspraxis ist die Soziologie, das gehört zu ihren Eigentümlichkeiten, unverzichtbar. Auf der anderen Seite sollte die Soziologie ein anspruchsvolles Nebenfach-Angebot für andere, berufspraxisbezogene Studiengänge anbieten. Die bisherige Entwicklung, die Soziologie als Nebenfach in die entsprechenden Studiengänge direkt zu integrieren und so vom Mutterfach zu lösen, wie das etwa mit der Rechtssoziologie und Kriminalsoziologie in den juristischen Fachbereichen, der Medizin-Soziologie in den medizinischen Fachbereichen und der pädagogischen und Erziehungs-Soziologie in den pädagogischen Fachbereichen geschehen ist, halte ich für verfehlt, weil sie zur Zersplitterung der Teilsoziologien und zur Desintegration der theoretischen Soziologie und der soziologischen Methodologie geführt hat.

Auf jeden Fall wäre es gut, wenn sich die Soziologie diesem Problem realistischer stellen würde, statt es hinter der beständigen Angst, Stellen und Kapazitäten zu verlieren, zu verstecken und daraufhin auch für die interne De-

batte zu tabuisieren. Die Gleichzeitigkeit des geschilderten systematischen Problems der nicht-existenten Berufspraxis für Soziologen und der vollkommen unrealistisch hohen Studentenzahlen in unserem Fache hat fatale Folgen gezeitigt. Objektiv bestärken wir, indem wir mit diesen Zahlen leben, ohne die Studenten deutlich vor dem Studium der Soziologie zu warnen, ja, statt dessen sie manchmal sogar noch mit dem falschen indirekten Versprechen, ein Soziologiestudium sei gesellschaftliche Orientierungs- und Lebenshilfe, ermutigen, eine die, intellektuelle Substanz des Faches erodierende Illusion. Daraus kann es letztlich nur den Ausweg geben, den Studenten über die praktischen Verwendungsmöglichkeiten des abgeschlossenen Soziologie-Studiums in der Berufspraxis "reinen Wein einzuschenken", andererseits jegliche Illusionierung über eine Instrumentalisierung dieses Studiums als Lebens- oder Orientierungshilfe zu vermeiden und schließlich das Hauptfachstudium der Soziologie als das zu deklarieren und anzubieten, was es vor allem nur sein kann: ein je individuell zu verantwortendes, intellektuell anspruchsvolles Studium, das - insofern vergleichbar der Philosophie - ohne Aussicht auf institutionalisierte berufliche Verwertung betrieben wird.

Diese Explikation einer pessimistischen Perspektive auf berufspraktische Verwertungsmöglichkeiten des Soziologie-Studiums ist - wie noch deutlich werden wird - eine notwendige Vorgabe für die dem scheinbar widersprechende Begründung einer klinischen Soziologie.

2. Innerhalb der Entwicklung des Faches der letzten 20 Jahre zeichnet sich u.a. - ich sehe hier von der ohnehin zu überwindenden fatalen Trennung von Theorie und empirischer Forschung ab - eine Differenzierung in eine einem tradierten Bild von "normal science" und eher an der in den USA dominanten empirischen Sozialforschung orientierten Soziologie einerseits und einer hermeneutischen orientierten Soziologie andererseits ab, wenn auch die Fronten inzwischen nicht mehr so dogmatisch gegenüberstehen, wie das hier in der verkürzenden Darstellung erscheinen mag. Die erste Form von Soziologie arbeitet - typisierend vereinfacht - mit quantifizierenden Methoden, standardisierten Techniken der Datenerhebung, in der Regel Befragungsmethoden, statistischen Methoden der Hypothesenüberprüfung und empfiehlt sich vor allem für politikberatungsnahe Survey-Analysen, Evaluationen und internationale Vergleiche. Die zweite Art von Soziologie arbeitet mit qualitativen oder interpretativen Methoden und einzelfallanalytisch.

Neben dieser deutlichen Differenzierung spielt weiterhin eine große Rolle, neben den üblichen ideologisierten theoretischen Lagerbildungen, die tradierte Schulbildungen reproduzieren, die Differenz zwischen einer eng an der engagierten Erforschung sozialer Probleme orientierten Soziologie ("social problem approach") und einer Soziologie, die, um die Einheit des durch theoretische Kontroversen konstitutiv bestimmten Faches bemüht ist, in dessen Zentrum die Aufgabe einer umfassenden Gesellschaftstheorie und die Aufgabe einer eigenständigen, nicht-reduktionistischen Strukturanalyse steht. Diese Art von Soziologie fühlt sich bei aller spezialisierten Einzelforschung nach wie vor für die nicht abgeschlossene Klärung des konstitutionstheoretischen Grundproblems, der Konstitution des spezifischen soziologischen Gegenstandsbereichs verantwortlich, und bemüht sich in diesem Zusammenhang um die Klärung einer spezifisch soziologischen Methodologie.

Während die tradierten Differenzierungen der theoretischen Schulen in der Forschungspraxis in der Regel keine großen Unterschiede mehr zeitigen, haben diese beiden Differenzierungen mittlerweile zu einem Auseinanderdriften verschiedener Habitusformen des soziologischen Forschens geführt. Es würde wenig Sinn machen, einen Streit zwischen den so differenzierten Lagern der empirischen Sozialforschung vom Zaune zu brechen. Vielmehr erscheint es mir notwendig beide Lager bzw. die je beiden Lager innerhalb der beiden Differenzierungsdimensionen in Ruhe forschen und sich entwickeln zu lassen.

Die Feststellung dieser Differenzierungen ist nun in diesem Zusammenhang deshalb wichtig, weil das, was hier mit "klinischer Soziologie" gemeint ist, sich aus einer Kombination von qualitativer, ich ziehe vor zu sagen: hermeneutischer Sozialforschung und an Gesellschafts- und Konstitutionstheorie zentral weiterhin orientierter Soziologie allmählich zu entwickeln beginnt. Sie kann keinesfalls als fest etabliert gelten, sondern sie erscheint in ihren Konturen erst allmählich. Aber sie scheint mir, und das ist nun die zentrale These dieses Papiers, neue, früher so nicht sichtbare Perspektiven auf eine berufspraktische Verwendung der Soziologie zu eröffnen, die wir nutzen und ausbauen sollten.

Wenn nun also trotz des oben explizierten Pessimismus bezüglich einer berufspraktischen Verwendungsmöglichkeit einer Soziologie-Ausbildung und trotz der darin ausgesprochenen Warnung vor Illusionen, die sogar bis zur Denkmöglichkeit der Abschaffung des Diploms reicht, ein neuerlicher Versuch unternommen wird, eine berufsprakti-

sche Anwendung der Soziologie ins Auge zu fassen, so sollte deutlich sein, daß dieser Versuch nicht euphorisch gestartet wird, sondern darin vorsichtig begründet als neuartig anzusehende Möglichkeiten ins Licht gerückt werden sollen.

III. Systematische Voraussetzungen für eine klinische Soziologie.

1. Methodologische und methodentechnische Voraussetzungen.

Diese neuen Möglichkeiten beruhen vor allem auf den Methodenentwicklungen der letzten beiden Jahrzehnte, die unter dem Namen qualitative oder interpretative Sozialforschungsmethoden häufig zusammengefaßt worden sind und von denen ich mich hier vor allem auf diejenigen stütze, die mit Recht als hermeneutische Verfahren bezeichnet werden dürfen.

Ich werde im folgenden, weil das meine eigene Position ist und ich naturgemäß aus dieser Perspektive kompetenter urteilen kann, die Sichtweise der aus meinen Forschungen hervorgegangenen objektiven Hermeneutik zugrunde legen. In ihr sind jedoch so viele mit anderen Versionen einer hermeneutischen Sozialforschung geteilte Grundlagen der allgemeinen Theorieentwicklung in den Sozialwissenschaften, der Entwicklungspsychologie und der Linguistik aufgegangen, daß mit dieser Vereinseitigung des Blickwinkels für die Differenz zur quantitativen empirischen Sozialforschung wesentliche Annahmen der anderen Versionen mit berücksichtigt werden. Im übrigen erweisen sich häufig die auf der theoretischen Ebene gravierenden Differenzen zwischen den verschiedenen Versionen einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik in der konkreten Forschungspraxis als weniger einschneidend. So ist naturgemäß für alle Versionen der Einzelfallbezug, die Hinwendung zur Konkretion der Erscheinung und die detaillierte Analyse vor Texten ebenso gemeinsam wie die Prämisse, daß kein Partikel von analysierten Texten zu unscheinbar wäre, als daß er nicht aufschlußreich zu interpretieren sei.

Es ist zunächst vor allem der Einzelfallbezug, der die hermeneutische Methodologie zur Grundlage einer klinischen Soziologie werden läßt, denn der Einzelfallbezug eröffnet erst die Möglichkeit, einer konkreten praktischen Problemstellung, die in ihrer Typik und Eigenart nur in der Konkretion der einzelfallspezifischen Erscheinungsweise faßbar wird, gerecht zu werden.

Allerdings ist hier von vornherein streng zwischen einer Einzelfallbeschreibung und einer Einzelfallrekonstruktion zu unterscheiden. Eine – auch in der experimentellen, akademischen Psychologie inzwischen zu Illustrationszwecken gebräuchliche – Einzelfallbeschreibung besteht im Grunde genommen in nichts anderem als der Anwendung einer großen Zahl von Meßvariablen oder Klassifikationsbegriffen auf eine einzelne Erscheinung oder einen einzelnen Merkmalsträger. Man versucht so, dessen Besonderheit als unwahrscheinliche Kombination von Meßwerten auf einer Vielzahl von standardisiert gemessenen Merkmalsdimensionen zu erfassen. Diese Unwahrscheinlichkeit der Wiederholbarkeit der genau gleichen Kombination von Meßwerten wächst natürlich mit der Anzahl der gemessenen Merkmale.

Aber es gelingt so grundsätzlich nie, die Besonderheit des Einzelfalles als eine konkrete positiv ausgefüllt angemessen darzustellen, weil die Besonderheit auf diese Weise immer nur residual, d.h. unerklärbar negativ bestimmt wird als Unwahrscheinlichkeit der Wiederholbarkeit. Deshalb ist die Einzelfallbeschreibung auch nicht geeignet, praktische Probleme, die in der Regel einzelfallspezifisch empirisch in Erscheinung treten, ins rechte Licht zu setzen.

Das gelingt erst über die Einzelfallrekonstruktion. Im Unterschied zur Einzelfallbeschreibung wird hier nicht mit einem Kranz vorgefaßter Kategorien oder Meßvariablen eine fallspezifische Meßwertekombination festgestellt, die letztlich nur ein statistisches Abbild von etwas liefert, was nicht erklärbar ist, sondern die Besonderheit des Einzelfalles wird positiv rekonstruiert als eine Fallstrukturierungsgesetzlichkeit. Sie ergibt sich – jedenfalls in der objektiven Hermeneutik – aus je vollständig rekonstruierten konkreten Sequenzen der Reproduktion der "Gesetzlichkeit", früher hätte man gesagt: Lebensgesetzlichkeit, die gewissermaßen "von innen" als eine die Autonomie der je konkreten Lebenspraxis füllende die Besonderheit des Falles objektiv expliziert und damit auch erklärt. Sie ist auch Gesetzmäßigkeit in dem Sinne, in dem eine strukturell autonome Lebenspraxis durch eine Folge praktischer Entscheidungen ihr Leben selbst in die Hand genommen und – auf eine mehr oder weniger gelungene Weise – zur praktischen Vernünftigkeit je individuell geformt hat. Es liegt auf der Hand, daß eine solche rekonstruktive Vorgehensweise, auch außerhalb der objektiven Hermeneutik, zwingend darauf verwiesen ist, jeweils konkrete Ausdrucksgestalten, d.h. konkrete natürliche Protokolle aus der "Lebensweise" eines je konkreten Einzelfalles detailliert zu analysieren.

Dabei ist für die praxisorientierte klinische Soziologie des weiteren wichtig, daß die so rekonstruierte Fallstrukturierungsgesetzlichkeit des Einzelfalles, unabhängig davon, ob es sich bei ihm um eine einzelne Person, eine konkrete Gruppe, eine Familie, eine Firma, eine Organisation, eine Gemeinde oder sonst ein höher aggregiertes soziales Gebilde handelt, als eine objektive Struktur anzusehen ist, die jeweils analytisch scharf von dem Selbstbild zu trennen ist, daß der Einzelfall von sich selbst, d.h. von seiner Fallstrukturierungsgesetzlichkeit hat. Das Verhältnis von Selbstbild zu dieser Gesetzlichkeit ist in sich ein für die Einschätzung der praktischen Problemstellung wichtiger Sachverhalt. Dieses Verhältnis wird z.B. bei gestörten bzw. neurotischen Einzelfällen ein hohes Maß an Diskrepanz aufweisen. Es liegt auf der Hand, daß natürlich die Erfassung des Selbstbildes für sich noch nicht aussagekräftig ist. Erst wenn man es auf die zugleich bzw. vorab rekonstruierte objektive Fallstrukturgesetzmäßigkeit beziehen kann, wird daraus ein wichtiges Datum.

Mit dem Einzelfallbezug, so wurde schon angedeutet, ist der Zwang zur Analyse konkreter Ausdrucksgestalten, d.h. konkreter, natürlicher Protokolle der "Lebensweise" eines in ein praktisches Problem aufwerfenden Einzelfalles verbunden. Dieser Zwang sichert, daß die Facetten des praktischen Problems nicht durch die Maschen eines schablonierten oder routinisierten Erfassungsmusters fallen.

Der rekonstruktionslogische Ansatz, der die Einzelfallrekonstruktion kennzeichnet, im Unterschied zum subsumtionslogischen Ansatz der Einzelfallbeschreibung, konfrontiert den konkreten Einzelfall nicht von außen mit einem ihm fremden Analyseschema, sondern folgt jeweils der realen Verlaufsdynamik in der praktischen Lebens- und Arbeitsweise des Einzelfalles. Dadurch wird es möglich, daß die Analyse sich jeweils der konkreten Ausprägung einer gegebenen praktischen Problemstellung anschmiegt, wie es für jegliche klinische Methode unabdingbar ist. Auf diese Weise wird es auch möglich, praktischen Problemstellungen zugrundeliegende Konstellationen sichtbar zu machen, die vorher in dieser Gestalt noch gar nicht bekannt waren, entweder, weil das Instrumentarium zu ihrer Erfassung zu grob war oder weil sie in der sozialen Wirklichkeit vorher noch nicht auftauchten.

Dieses einzelfallrekonstruktive Vorgehen konfrontiert eben nicht die je einzigartige konkrete Praxis mit vorgefaßten, von außen herangetragenen Modellen der Normalität oder Rationalität, sondern läßt diese Praxis sich selbst zur Sprache bringen und so möglicherweise die praktische

Vernunft erweitern, die in bis dato konzipierten Theorien und Modellen geronnen formuliert ist. Auf diese Weise gewinnt die klinische Soziologie zwangsläufig eine der subsumtionslogisch vorgehenden empirischen Sozialforschung verschlossene kritische Funktion.

Im übrigen zeigt sich von hierher auch, daß die klassische Differenz von Grundlagen- und Anwendungsforschung in der klinischen Soziologie zusammenbricht, denn auch die Grundlagenforschung einer hermeneutisch orientierten strukturalen Soziologie müßte sich in ihrer rekonstruktionslogischen Methodologie über Einzelfallrekonstruktionen empirisch ihres Gegenstandes versichern. Die methodologisch angeleitete Erschließung der Datenbasis unterscheidet sich also in der klinischen Soziologie nicht systematisch zwischen der Grundlagenforschungspraxis und der angewandten, praxisorientierten Forschung. Allenfalls kann es sich um Unterschiede in der Intensität und dem Zeitaufwand des strukturell identischen Vorgehens handeln. Daraus folgt auch, daß die Verbindungen und Austauschbeziehungen zwischen Grundlagenforschung und angewandter Forschung in der hermeneutisch orientierten Soziologie naturgemäß sehr eng sein müssen und sind. Die praxisorientierte klinische Soziologie wird also zugleich als Operation der Grundlagenforschung für die Theoriebildung unmittelbar benutzt werden können.

Ein besonders geeignetes Instrument für die Einzelfallrekonstruktion stellt in meinen Augen die objektive Hermeneutik mit ihrer Sequenzanalyse zur Verfügung. Sehr vereinfacht beruht sie auf dem folgenden Prinzip. Es wird zunächst bei der nach geltenden Regeln der Bedeutungserzeugung vorgenommenen expliziten Sinnerschließung einer einzelnen Äußerung oder Handlung scharf zwischen regelgemäßer Bedeutung und konkret-kontextspezifischer Bedeutung getrennt. D.h.: nach den geltenden Regeln lassen sich gedankenexperimentell die zu der Äußerung passenden Kontexte bzw. die pragmatischen Erfüllungsbedingungen explizieren. Auf sie stößt man empirisch, indem man möglichst kontrastierende Geschichten über Situationen erfindet, in denen die Äußerung oder Handlung als sinnvoll vorkommen könnte. Aus diesen möglichst verschiedenen Geschichten destilliert man die gemeinsamen allgemeinen strukturellen Eigenschaften heraus. Sie ergeben die Liste der pragmatischen Erfüllungsbedingungen. Erst dann vergleicht man sie mit dem tatsächlichen äußeren Kontext der Äußerung oder Handlung. Auf diese Weise entgeht man zum einen dem Irrtum, es sei der äußere Kontext, der die Bedeutung einer Äußerung konstituierte. Er selektiert statt dessen nur eine unter den regelgemäß als Bedeutungsstruktur schon konstituierten Lesarten. Dadurch vermeidet man auch

eine bloß empiristische, schlecht zirkuläre, weil auf Kontext-Vorwissen beruhende Paraphrasierung des ohnehin schon Bekannten. Man erschließt statt dessen in einem strengen, d.h. vom Vorwissen unabhängigen Sinne. Zum anderen erhält man dadurch eine Folie von Möglichkeiten, aus der eine spezifische Variante durch den realen, konkreten Kontext spezifiziert wird.

Hier beginnt nun das Wesen der Sequenzanalyse. Sie richtet sich vornehmlich darauf, den realen sequentiellen Verlauf einer konkreten Handlungskette als eine Sukzession von Auswahlen abzubilden, die unter den an jeder einzelnen Sequenzstelle durch Regeln eröffneten sinnlogisch möglichen Anschlüssen getroffen wurden, sowie die "Schließungen" zu bestimmen, die eine analysierte Äußerung oder Handlung an einer bestimmten Sequenzstelle unter den zuvor eröffneten bzw. noch offenen Interpretationslinien bzw. Verlaufslinien sinnlogisch bewirkt hat.

Auf diese Weise erscheint sequentiell der Verlauf einer Handlungspraxis als eine gesetzmäßige Reproduktion oder auch Transformation eines Ablaufmusters, einer Fallstruktur. Sie ist durch zwei ganz verschiedene Parameter bestimmt: Zum einen durch die allgemeinen, überpersönlichen Regeln der Bedeutungsgenerierung, die in sich unterschiedlichen Typs sind, von der Universalgrammatik bis zu milieuspezifischen Normen. Diese Regeln generieren die Spielräume sinnlogisch möglicher Fortsetzungen, gegeben eine bestimmte Äußerung oder eine bestimmte Äußerungssequenz. Zum anderen durch die Parameter der fallspezifischen Auswahlen unter diesen Möglichkeiten. In dem Maße, in dem sie eine zu wiedererkennbaren Ablaufmustern führende Systematik und Spezifik generieren, bilden sie die Fallstrukturierungsgesetzlichkeiten der je konkreten Lebenspraxis ab. Weniger scharf könnte man auch sagen: sie bilden die objektive Identität des je konkreten Falles ab, eben seine Struktur.

Bis jetzt befinden wir uns in der Sequenzanalyse immer noch auf der Ebene der objektiven Fallstruktur. Davon ist systematisch das Selbstbild bzw. die mentale Repräsentanz zu unterscheiden, die eine Fallstruktur subjektiv von sich hat. Dialektisch gesehen ist dieses Selbstbild natürlich integraler Bestandteil der objektiven Struktur, aber nicht ein gültiges Abbild oder eine gültige Repräsentanz davon.

Hier wird nun ein weiterer Vorteil der hermeneutischen Methodologie für die klinische Soziologie sichtbar. Die soeben bezeichnete Dialektik von objektiver Fallstruktur und subjektivem Selbstbild des Falles verweist auf eine

doppelte, hierarchisch geschichtete Authentizität oder Gültigkeit des Ausdrucks. Zum einen ist grundsätzlich – auf der primären Ebene – die sequenzanalytisch rekonstruierte objektive Fallstruktur bzw. latente Sinnstruktur von deren Ausdrucksgestalt ein gültiger Ausdruck der je konkreten Lebenspraxis, sofern jedenfalls die Rekonstruktion methodisch explizit und falsifikationsfest durchgeführt würde. Diese Gültigkeit gilt auch für und gerade für pathologische Fälle bzw. für falsches Bewußtsein. Denn wir können von einer Pathologie oder einem falschen Bewußtsein – des Falles von sich selbst – erst zuverlässig und überprüfbar reden, wenn wir über die Rekonstruktion einer gültigen Ausdrucksgestalt dieser Pathologie verfügen, d.h. wenn diese Pathologie sich gültig zum Ausdruck gebracht hat.

Scharf zu trennen davon ist die Gültigkeit des Selbstbildes als der Lebenspraxis verfügbarer subjektiver Ausdrucksgestalt des Falles von seiner eigenen Fallstruktur. Wo diese Gültigkeit bzw. Authentizität nicht gegeben ist bzw. wo dieses subjektive Selbstbild gegenüber der objektiven Fallstruktur deutlich verzerrt ist, liegt eine Pathologie oder falsches Bewußtsein vor. Nicht die latente Sinnstruktur der Ausdrucksgestalt der objektiven Fallstruktur an sich kann also verzerrt oder pathologisch sein, sondern nur die subjektiv repräsentierte Ausdrucksgestalt des Falles von sich selbst, genauer: das Verhältnis des subjektiv angeeigneten Selbstbildes zur objektiven Fallstruktur.

Das ist nun für eine praxisorientierte klinische Soziologie eine außerordentlich folgenreiche Bestimmung, weil es diese klinische Soziologie ja ihrer Funktion gemäß mit gestörten Fällen zu tun hat, mit Fällen also, für deren Problembestimmung die Identifikation der Diskrepanzen zwischen objektiver Fallstruktur und subjektivem Selbstbild, zwischen der Gültigkeit der Ausdrucksgestalt der Fallstruktur und der Gültigkeit des Selbstbildes im Zentrum stehen muß.

Sieht man diese Dialektik in dieser doppelten, hierarchisch zueinander in Beziehung stehenden Authentizitäts-Relation, dann wird sofort offenbar, daß eine so verfahrenende Sequenzanalyse mühelos und in direktem Zugriff ausdrücken kann, warum – natürlich unter der zentralen Prämisse der Sinnstrukturiertheit der untersuchten Gebilde überhaupt – dort, wo sich Störungen, Pathologien und falsches Bewußtsein objektivieren, wo also ungültige, täuschende Selbstbilder und subjektive Repräsentanzen der objektiven Fallstrukturierungsgesetzlichkeit identifiziert werden müssen, zugleich immer schon gültige Aus-

drucksgestalten dieser Ungültigkeiten und Störungen als Gegenstände der hermeneutischen Operation der Rekonstruktion latenter Sinnstrukturen ebenfalls vorliegen müssen. Diese zunächst methodologisch formulierte Dialektik enthält nun eine praktisch folgenreiche Dialektik: Sie bedeutet nämlich, daß das "Falsche", "Pathologische", "Gestörte" notwendig sich in einer Ausdrucksgestalt gültig objektiviert, die eben wegen dieser Gültigkeit auch an den Gesetzen der objektiven Vernünftigkeit partizipiert und somit immer schon einen Vorblick auf das möglich, allerdings noch nicht praktisch gewordene Anders-Sein eines gestörten Falles in sich trägt. Diese "gesunden Anteile" sind zugleich der Ansatzpunkt für ein praktisch folgenreiches Selbstheilungs-Potential der Lebenspraxis selbst.

Es zu heben, im weiteren Sinne: es per Rekonstruktion der fallspezifischen Ausdrucksgestalt sichtbar zu machen und zu identifizieren, sodann: es mæeutisch zum Bewußtsein zu bringen und zum Ansatzpunkt einer von der gestörten Lebenspraxis selbst in Angriff genommenen Fallstrukturtransformation zu machen, ist - abstrakt gesprochen - ja die zentrale Aufgabe einer praktischen klinischen Soziologie.

Wo die klinische Soziologie in Tätigkeit tritt, liegt ja per se ein "Störungsfall", ein praktisch zu lösendes Problem vor. Mit Hilfe der eben geschilderten rekonstruktiven Sequenzanalyse oder vergleichbarer hermeneutischer Verfahren wird die der klinischen Soziologie zentral zugrundeliegende methodologische Komponente zunächst immer dazu führen, daß eine fallspezifisch konkrete, in der Sprache des Falles formulierbare Diagnose des Ist-Zustandes expliziert werden kann und muß. Bei ihr wird es sich dann notwendig, gemäß der soeben begründeten Dialektik einer doppelten Authentizitäts-Relation, um die gültige Darstellung der Störung und um die Explikation von praktischen Ansatzmöglichkeiten für eine Strukturtransformation handeln, die die in Latenz gehaltene objektive Vernünftigkeit der gültigen Ausdrucksgestalt in praktische Vernunft überführt. Dazu gehört nun aber noch eine weitere Komponente, die jetzt expliziert werden soll. Besagte Diagnose stellt ja zunächst nur die Explikation des gestörten "Ist-Zustandes" dar. Aber es handelt sich dabei um eine spezifische, konturierte Sinngestalt, die in sich genetisch motiviert sein muß. D.h. nun: sie ist nicht nur einfach als Störung "verständlich", im Sinne von: emphatisch als Abweichung oder Entgleisung nachvollziehbar, sondern sie muß als die sinnlogisch zwingende Folge der Auseinandersetzung zwischen der um ihre praktische Vernünftigkeit kämpfenden Lebenspraxis und ihrer Traumati-

sierungsgeschichte in ihrem Bildungsprozeß angesehen werden. Anders gesprochen: die in den latenten Sinnstrukturen der gültigen Ausdrucksgestalt sich sinnlogisch objektivierende gestörte Lebenspraxis verweist auf eine in sich sinnlogisch zwingende Motivierung heraus aus vergangenen sinnstrukturierten Konstellationen. Auch hier enthält objektiv die Störung einer Lebenspraxis per sinnlogisch zwingend rekonstruierbarer Genese schon immer gesunde Anteile, denn das sinnlogisch Zwingende an dieser Genese ist, obgleich zu Störungen führend, in sich schon immer vernünftig. Dieselbe Dialektik also wie zuvor. In dieser Sichtweise erscheint im übrigen Krankheit nicht einfach platt als das Gegenteil von Gesundheit, sondern als das Maß an Gesundheit, das eine Lebenspraxis in ihrem Lebenskampfe und in ihrer Traumatisierungsgeschichte maximal erreichen konnte.

Wiederum zeigt sich auch hier, daß aufgrund der rekonstruktionslogischen hermeneutischen Methodologie die klinische Soziologie eine an die gesunden Anteile einer problematischen Lebenspraxis anschließende mæeutische Verfahrensweise darstellt, die mit der problematischen Praxis zwecks Aktivierung der gesunden Anteile ein Arbeitsbündnis praktisch eingeht.

Hier nun stellt sich die grundlegende Frage, wie die Verfahren der Intervention aussehen könnten, deren sich doch eine praktische klinische Soziologie bedienen müßte, wenn sie ein solches Arbeitsbündnis in der Praxis realisieren will. Bisher haben wir ja nur die methodologischen Grundlagen für eine angemessene Rekonstruktion der praktischen Problemstellung geben können. Aber daraus folgt zwingend noch nichts für die Praxis der Intervention, es sei denn das Eine, allerdings Zentrale, daß ein solches Interventionsverfahren nicht von außen manipulieren und bevormunden dürfte, sondern sinnvoll nur ein mæeutisches, d.h. die Eigenkräfte der gestörten oder problematischen Praxis strukturiert mobilisierendes Verfahren sein könnte. Aber wie es konkret beschaffen sein könnte, darüber ist bisher noch nichts ausgesagt worden. Festzuhalten ist allerdings, daß diese Frage im strengen Sinne außerhalb der Methodologie schon liegt und eine Frage der Praxis selbst ist.

2. professionalisierungstheoretische Grundlagen der klinischen Soziologie.

Im Namen von wissenschaftlicher und methodologisch reflektierter Geltungsbegründung durchgeführte praktische Interventionen sind, wie etwa die medizinische Intervention oder die gerichtliche Entscheidung, das klassische

Feld professionalisierter Tätigkeit. Nicht irgendwo in der philosophischen Reflexion oder der erkenntnistheoretischen Analyse, sondern real gesellschaftlich in der Strukturlogik professionalisierten Handelns, institutionell: in den Professionen, findet ausschließlich die Vermittlung von Theorie und Praxis statt in einer in sich eine spezifische Praxis bildenden Form. Es ist also über die spezifische Form der Professionalisierbarkeit einer Tätigkeit nachzudenken, die dem Programm einer klinischen Soziologie entspricht.

Die für diese Frage theoretisch zuständige Instanz ist die Professionalisierungstheorie, ihrerseits tragender Bestandteil der soziologischen Tradition. Die Professionalisierungstheorie erscheint hier nun in einem doppelten Zuständigkeitsbezug. Zum einen ist sie, wie schon ausgeführt, diejenige Theorie, in der die gesellschaftlich entwickelte Form der Vermittlung von Theorie und Praxis; die Strukturlogik professionalisierten Handelns und die Institution der Professionen, analytisch gefaßt, expliziert und nicht-normativ begründet werden. Zum anderen liefert diese Theorie damit die analytischen Kriterien für die praktisch folgenreiche Evaluation empirisch vorfindbarer Professionen und in Professionen institutionalisierter Formen professionalisierten Handelns als jener Formen, in denen die wissenschaftliche Theorie zur Lösung praktischer Fragen die Geltungsbasis abgibt.

In beiden Hinsichten stellt somit die Professionalisierungstheorie für die klinische Soziologie das angemessene "Reflexionsorgan" dar. Sie ist einerseits zentraler Bestandteil der soziologischen Theorie selbst und andererseits zugleich Bemessungsgrundlage für die Angemessenheitseinschätzung der Aktivitäten, in denen die Soziologie als klinische Soziologie praktisch tätig wird.

Nun ist die Professionalisierungstheorie selbst innerhalb der Soziologie in einen erbärmlichen Zustand geraten und geradezu zu einer ihrem ursprünglichen strukturdialektischen Programm entgegengesetzten platten Theorie der Expertise und der Expertisierung in modernen Gesellschaften verkommen. Die gegenwärtigen spärlichen Beiträge zur Theorie der Professionen inklusive der Anwendungen, die diese Theorie in der historischen Forschung zum 19. Jahrhundert erfährt, fallen in ihrer analytischen Differenziertheit hinter den von der klassischen Theorie der Professionen bei Marshall und Parsons erreichten Entwicklungsstand zurück, so daß auf diesem Felde viel zu tun ist. Nicht zufällig wird an einer modernen Version der Professionalisierungstheorie, die die Mängel der klassischen Professionen-Theorie beseitigen soll, d.h. über die

institutionelle Ausprägung der Professionen hinaus die Strukturlogik professionalisierten Handelns mit Bezug auf die Typik von dessen strukturellen Handlungsproblemen allgemein bestimmen soll, in jenen Teilen der Soziologie gegenwärtig gearbeitet, die sich auf die Grundlage einer hermeneutischen Methodologie berufen. Das ist vor allem deshalb nicht zufällig, weil für das professionalisierte Handeln selbst naturwüchsig die hermeneutische Komponente des rekonstruktiven Fallverstehens konstitutiv ist. Professionen haben es in ihrer in sich widersprüchlichen Einheit von universalistischer theoretischer Geltungsbegründung einerseits und fallspezifischem Verstehen andererseits, von stellvertretender Entscheidung und Hilfe einerseits und der mæeutischen Aktivierung von Selbsthilfe sowie dem Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis in ihren gesunden Anteilen andererseits, wesentlich immer mit Operationen der stellvertretenden Deutung lebenspraktischer Problemkonstellationen zu tun, ohne daß sie dabei einer theoretischen Bevormundung dieser Praxis technokratisch zum Opfer fallen dürfen. Professionalisiertes Handeln in dieser Auffassung entspricht ersichtlich genau der Problemlage mæeutischer Aktivierung von Eigenkräften, von der oben schon ausgeführt wurde, daß sie sich zwingend einer hermeneutischen Methodologie der Einzelfallrekonstruktion anschmiegt.

Bevor nun die Bedeutung dieser Professionalisierungstheorie für die Begründung einer klinischen Soziologie detaillierter entfaltet werden kann, soll zuvor ein naheliegendes Mißverständnis im vorhinein ausgeräumt werden. Die Professionalisierungstheorie kann nicht aus sich heraus, immer vorausgesetzt, sie habe sich empirisch bewährt, als Rezeptur oder Bedienungsanleitung für ein praktisches professionalisiertes Handeln herhalten. Auch derjenige, der nie etwas von der Professionalisierungstheorie gehört hat, kann in ausgezeichneter Weise professionalisiert praktisch handeln, und umgekehrt kann derjenige Arzt oder Jurist, der in idealer Weise die Professionalisierungstheorie sich angeeignet hätte, dennoch ganz unfähig sein, angemessen in der Praxis professionalisiert zu handeln. Das praktische professionalisierte Handeln ist Sache einer Kunstlehre und die Professionalisierungstheorie ist bestenfalls eine gültige Rekonstruktion des in der Kunstlehre eingeübten praktischen Handelns und eine gültige theoretische Begründung dieser Kunst- oder Handlungslehre.

Aber als solche ist sie praktisch dennoch nicht wertlos, denn sie erlaubt es als eine theoretische Begründung, z.B. fehlerhafte oder strukturlogisch unangemessene Professionalisierungen in der Praxis zu entdecken und in ih-

rer Fehlerhaftigkeit zu bestimmen. Darüber hinaus liefert sie natürlich eine theoretische Rationalisierung des praktisch-professionalisierten Handelns und damit auch die angemessene Voreinstellung für denjenigen, der sich die Logik des professionalisierten Handelns praktisch aneignen will. Vor allem aber stellt sie die Basis für die Evaluation der professionalisierten Praxis selbst dar und eröffnet damit der klinischen Soziologie ein weites Feld der praktisch folgenreichen Evaluation und der Supervision der Praxis professionalisierter Tätigkeiten, einschließlich ihrer eigenen.

Mit Hilfe der Professionalisierungstheorie, die ihrerseits noch weiter entwickelt werden und sich in der empirischen Forschung bewähren muß, wächst also der klinischen Soziologie eine Art Meta-Professions-Tätigkeit zu, in der sie - obwohl selbst eine professionalisierungsbedürftige Praxis - andere Professionen beraten und evaluieren kann. Darin wird faktisch ein breiter Bereich ihrer praktischen Tätigkeit schon deshalb bestehen müssen, weil in Professionen üblicherweise das wissenschaftliche erzeugte Wissen praxisbedeutsam angewendet wird.

3. Zur Entwicklung einer Interventionspraxis in der klinischen Soziologie.

Damit ist jedoch die Frage, welche Interventionspraxis der klinischen Soziologie eigen sein könnte und wie sie zu begründen sei, immer noch nicht beantwortet, sondern nur weiter eingegrenzt. Immerhin ist eine Theorie benannt, die für die Begründung und Evaluation dieser Praxis zuständig sein soll.

Halten wir nun Ausschau nach Ansatzpunkten für eine Ausformung der Interventionspraxis selbst, so sind bisher immer nur analogiehafte Anleihen aus der therapeutischen Praxis und der ihrerseits weitgehend aus der Anlogisierung zur therapeutischen Praxis hervorgegangenen Institutionenberatung sichtbar geworden. Dabei steht die psychoanalytische Tradition im Zentrum, aber sie hat es inzwischen nicht mehr leicht, sich im Stimmengewirr der verschiedenen Therapie-Richtungen und -Schulen zu behaupten. Aus verschiedenen Gründen ist es hier zu einer weit in die Randbereiche des unseriösen Gurutums und der unseriösen Scharlatanerie hineinragenden, mit pseudo-religiöser Erweckungsbewegungen sich amalgamierenden Unübersichtlichkeit gekommen, aus der als seriöse Unternehmung sich strikte herauszuhalten der künftigen klinischen Soziologie vor allem angelegen sein muß.

Nimmt man – mit großem Recht – die medizinische Tradition und die seriöse psychoanalytisch-therapeutische Tradition zunächst zum Vorbild, dann läßt sich daran allererst die bisher bekannte moderne Version der professionalisierungstheoretischen Modellformulierung des Arbeitsbündnisses erweisen und zwar als eine widersprüchliche Einheit von spezifischen und diffusen Sozialbeziehungen zwischen Experte und Klient. Das auszuführen, kann hier nicht der Ort sein, und muß einschlägigen Ausführungen an anderen Stellen entnommen werden. Hier handelt es sich jedoch um spezifisch soziologisch-strukturtheoretische Explikationen, die der Medizin und der Psychoanalyse selbst fremd sind bzw. darin nur als "technische Schriften" zur "Kunst- und Handlungslehre der Klinik" enthalten sind. Mit Recht kann hier also die professionalisierungstheoretische Begründung der Soziologie eine Explikations- und Begründungsleistung in Anspruch nehmen, die der Begründung der klinischen Soziologie ebenfalls zugute kommt.

Des weiteren ist natürlich die praktische Therapie innerlich mit den wissenschaftlichen Erklärungen ihrer Disziplin für die Entstehung, die Struktur, den Verlauf und die mögliche Heilung der zu behandelnden Störungen aufs engste verknüpft. Auch diese Bedingung ließe sich, denkt man die Voraussetzung praktischer Erfahrungen in praktischen Tätigkeiten als erfüllt, in der klinischen Soziologie bezüglich ihrer spezifischen praktischen Handlungsprobleme in analoger Weise erfüllen.

Es scheint also, man müsse mit der klinischen Soziologie und ihrem praktischen Aufgabenbereich nur wirklich auch beginnen, und dann ergäbe sich daraus durch beständige begleitende Reflexion der Praxis von selbst der Aufbau einer entsprechenden Kunstlehre als Kern einer entsprechenden Ausbildung. So viel daran richtig ist, so sehr muß doch zunächst versucht werden, mögliche Anschlüsse an die Erfahrungen jener therapeutischen Traditionen zu durchdenken.

Die gründliche Betrachtung dieser Traditionen kann exemplarisch über die Struktureigenschaften des einer praktischen professionellen Tätigkeit zugrundeliegenden Arbeitsbündnisses wertvolle Auskünfte geben. Das wird allerdings weitgehend durch eine angemessene Vermittlung der Professionalisierungstheorie schon geleistet.

Eine bloße Analogiebildung nun zu den therapeutischen Traditionen der genannten Art wird uns allein ebenso wenig weiterhelfen wie die bloße Transposition des psychoanalytisch-therapeutischen Modells von Übertragung und Gegenübertragung auf die praktische Tätigkeit der klini-

schen Soziologie. Ihr praktischer Kern kann sicherlich nicht in einer erweiterten Anwendung des ansonsten unveränderten Kerns des Modells der psychoanalytischen Individualtherapie auf die komplexer aggregierten sozialen Praxisformen bestehen, mit denen es die klinische Soziologie zu tun haben wird.

Diese bloße Transposition hat schon zu Fehlern bei Therapie von Gruppen und von Familien geführt, erst recht dann bei Institutionen. Nicht zuletzt hängen diese Fehler damit zusammen, daß die Bestandserhaltungsbedingungen natürlich für Personen ganz anderer Art sind als für Gruppen, Familien, Institutionen, Organisationen, Firmen oder Gemeinden. Schon bei Familien kann man natürlich nicht mehr ohne weiteres von einer Analogie zwischen den psychischen Instanzen der Person und den das kollektive Handeln bestimmenden Instanzen ausgehen. Z.B. hat die familientherapeutische Praxis nicht selten darunter gelitten, daß sie zu wenig reflektierte, daß ja der Prozeß der "Gesundung" ihres Patienten, der Familie, häufig mit dessen Auflösung, also der Trennung der Ehepartner, zwingend verbunden ist, einer Situation, die als solche natürlich in der Individualtherapie undenkbar ist, deren Vermeidung oder Tabuisierung aber in der Familientherapie verheerende Konsequenzen haben könnte. Was aber tut die Therapie nun in diesem Falle einer Familie, bei der das Analogon zur "psychoanalytischen Einsicht" darin beste müßte, sich selbst aufzulösen, dabei aber ihren Status als Patient einer Therapie oder als Fall einer Beratung zumindest für eine angemessene Zeit des erfolgreichen Überganges aufrechterhalten zu müssen?

Erst recht bei Institutionen oder bei größeren Organisationen, z.B. bei Unternehmen, ergeben sich in dieser Hinsicht komplexe Probleme, über deren Lösung man aus Betrachtung der Erfolgsbedingungen einer Individualtherapie nichts mehr lernen kann. Vielmehr kann ein zu enges Kleben an deren Modell dazu führen, die Problemstellungen allzu unvermittelt auf personale Probleme der konkret Beteiligten zu reduzieren und die eigentlich problematischen Konstellationen über-individueller Strukturierungen reduktionistisch zu unterlaufen. Hier wird man letztlich nur durch die Reflexion praktischen Handelns, das vorab durch die Aneignung der nützlichen Erfahrungen aus anderen Bereichen der Therapie unnötige Fehler zu vermeiden sucht, zu einer allmählich sich verfestigenden und in der Ausbildung zu vermittelnden klinischen Praxis gelangen.

Festzuhalten ist, daß die hermeneutische Methodologie selbst dazu nur Anstöße gibt, aber keine Ableitungsbasis. Die Professionalisierungstheorie ihrerseits liefert einen

allgemeinen theoretischen Rahmen der Begründung und für die Evaluation der Praxis. Beide zusammen stellen also, bevor man an die eigenverantwortliche Intervention der klinischen Soziologie im strikten Sinne denkt, eine Art theoretische und methodologische Basis der "methodischen" Supervision der praktischen professionalisierten Tätigkeit dar. Dies läßt sich unter drei Gesichtspunkten weiter spezifizieren.

i) Die rekonstruktionslogischen hermeneutischen Verfahren erlauben in ihrer notwendigen einzelfallanalytischen Verwendung für alle denkbaren sprachlichen und nicht-sprachlichen Ausdrucksgestalten einer Lebenspraxis eine genaue, jederzeit falsifizierbare Explikation der Fallstrukturierungsgesetzlichkeit. Damit ist zugleich das vorab praktisch als Frage an die klinische Soziologie herangetragene Problem in einer unabhängigen Analyse identifiziert und bestimmt, so daß nunmehr auch eine Indikation bezüglich einer praktischen Intervention kontrolliert vorgenommen werden kann und weiterhin mit Bezug darauf die Durchführung und die Erfolge dieser Intervention gezielt evaluiert werden können. Diese Möglichkeiten kann die klinische Soziologie im Zusammenhang einer eigenen, primären Intervention in der Praxis vornehmen. Sie wird aber vor allem sich ein weites Anwendungsfeld in der methodisch expliziten Evaluation, also in der sekundären, "methodischen" Supervision, von Formen der professionalisierten Interventionspraxis in anderen Berufen und Institutionen eröffnen. Es ist vor allem die explizite hermeneutische Methodologie, die die klinische Soziologie zu einer nützlichen Beratung der Beratung bzw. Therapie machen kann.

ii) Sowohl die hermeneutische Methodologie als auch die Professionalisierungstheorie legen von sich aus der klinischen Soziologie eine Strategie der mæeutischen Aktivierung und Mobilisierung von Eigenkräften der gesunden, ungestörten Anteile einer gestörten Lebenspraxis bei der Lösung des zu behandelnden Problems nahe. Ihr elementares Prozedere besteht darin, in der intervenierenden Praxis selbst Ausdrucksgestalten für das zu behandelnde Problem zu produzieren und über den Mechanismus der stellvertretenden Deutung die latenten Sinnstrukturen dieser Ausdrucksgestalten praktisch zur Sprache zu bringen und so manifest zu machen.

iii) Sowohl für dieses elementare Prozedere als auch für das geeignete "setting" der Intervention liefert die Professionalisierungstheorie das geeignete Modell der Evaluation und der begleitenden Analyse.

Für die Interventionspraxis selbst nun bestehen, sofern nicht Persönlichkeitssysteme und deren Störungen ihrer Gegenstand bilden oder tangiert sind (dazu später), die folgenden beiden Kernbereiche:

i) In einer praktischen Situation steigenden Innovationsbedarfs wird, z.B. im Marketing oder in der Unternehmensberatung, aber auch in der Politikberatung, auf der Grundlage einer gründlichen Rekonstruktion der Problem- und Ausgangssituation der Entwurf von Strategien der Leistungsänderung und Leistungspräsentation erforderlich. Die gründliche Rekonstruktion kann die klinische Soziologie aufgrund der ausgeführten methodischen Möglichkeiten problemlos bieten. Für den Entwurf von Strategien der Leistungsänderung und der Leistungspräsentation eröffnen ihr die gründlichen Rekonstruktionen verstärkt Möglichkeiten der "Zielgenauigkeit" bzw. der Vermeidung unproduktiver Wege. Der "zündende" kreative Einfall für eine Innovation allerdings kann selbst nicht systematisch produziert werden, sondern es können für ihn nur durch methodisches Vorgehen günstige Bedingungen hergestellt werden. Am wichtigsten dafür ist nach wie vor die sachhaltige, möglichst konkrete rekonstruktive Durchdringung der Problemsituation, aus der die angestrebte Innovation hinausführen soll.

ii) Von größerer Bedeutung wird wahrscheinlich der weit zu fassende Bereich der Behandlung von anerkannten Störungen sein, wobei "anerkannt" meint, daß die von Störung "befallene" Lebenspraxis selbst ein Problem als Störung anerkennt und sich zusätzlich nicht in der Lage sieht, diese Störung mit eigenen Mitteln sachgerecht zu beseitigen. Diese Bestimmung ist bewußt so allgemein gehalten, daß sie auch individuelle Krankheit als Störungen einer individuellen, personalen Lebenspraxis noch umgreifen kann.

Hier liegt der Bereich von Interventionen, analog zu therapeutischen, im eigentlichen Sinne. Denn die Intervention erfordert mehr als einen strategischen Entwurf einer Problemlösung oder Innovation, nämlich das Ingang-Setzen und Strukturieren einer praktischen Transformation der Lebenspraxis selbst, sei es einer Person, einer Gruppe, einer Institution, einer Organisation, eines Unternehmens, eines Verbandes oder Ähnlichen. Diese anvisierte Transformation bezieht den klinischen Soziologen in eine entsprechende Praxis ein, so daß analog zur psychoanalytischen Praxis das Problem zu lösen ist, wie ein unkontrolliertes Agieren des professionellen Experten vermieden werden kann und wie die Autonomie der Lebenspraxis, die um eine kompetente Intervention nachsucht, grundsätz-

lich gesichert werden kann, wie also die professionelle Hilfe eine mütterliche Hilfe zur Selbsthilfe werden kann.

Grundsätzlich bieten sich dafür – wiederum analog zur psychoanalytischen Praxis – die Interventionsformen der Klärung, Konfrontation und Deutung an. Mit Klärung ist hier die Entzerrung und Konkretisierung mehrdeutiger, verwaschener Zielsetzungen, Verantwortlichkeiten oder Konfliktartikulationen gemeint, mit Konfrontation die explizite Gegenüberstellung widersprüchlicher oder unhaltbarer Zielsetzungen und Interpretationen und mit Deutung die stellvertretende explizite Schließung einer latenten Sinngestalt. Alles das geschieht mit Bezug auf Handlungen und Äußerungen im Verlaufe der Interventionspraxis selbst und auf der Grundlage einer vorausgehenden Rekonstruktion des Problemfeldes.

Aber anders als in der Individualtherapie von Neurosen wird es in der klinischen Soziologie nicht oder kaum auf die Hebung von Verdrängungswiderständen gegenüber der Thematisierung unbewußter Gehalte an kommen, sondern auf die Klärung schmerzhafter Tabus, die Klärung der Implikationen und Folgen tradiertter Gewohnheiten und eingeschliffener Routinen sowie auf die geduldige Veränderung des Blickwinkels. Daß dabei in der klinischen Soziologie das Operieren mit kognitiven und argumentativen Mechanismen der Erkenntnisgewinnung und der Überzeugung wichtiger sein wird als in der Individualtherapie der Neurosen, liegt auf der Hand. Auch die gedankenexperimentelle Konstruktion alternativer Ausgänge simulierter Konfliktverläufe und Szenarien wird einen hohen Stellenwert einnehmen. Und angesichts der sozial komplexen Problemstellungen wird der klinische Soziologe weit mehr als der Individualtherapeut über die bloße Intuition seiner Problemerkfassung in der praktischen Intervention hinaus sich auf eine methodisch explizite Sinnrekonstruktion krisenrelevanter Handlungsverläufe verlassen müssen, um dann entlang dieser Rekonstruktion eine explizite Problemvergegenwärtigung mit dem "Klienten" betreiben zu können.

Sicherlich werden faktisch immer auch sehr persönliche und personengebundene neurotische Konstellationen bei der Beratung von höher aggregierten sozialen Gebilden im Spiel sein. Aber es wäre für die darauf bezogene Praxis absurd, die praktisch notwendigen Interventionen zur Veränderung z.B. einer Verwaltung, eines Verbandes oder einer Organisation auf die explizite Thematisierung personengebundener neurotischer Konstellationen zu stützen oder diese einzubeziehen. Grenzfälle werden vor allem dort auftauchen, wo eine konkrete professionalisierte Praxis den Gegenstand einer Intervention der klinischen

Soziologie bildet. Hier überschneidet sich deren Geschäft z.B. mit der Aufgabenstellung von Balint-Gruppen und anderen Formen der Supervision professionalisierter Tätigkeit.

Überall dort, wo personengebundene Abwehrformationen und neurotische Konstellationen im Spiel sind, sollte sich auch die klinische Soziologie grundsätzlich arbeitsteilig der vorhandenen therapeutischen Kompetenzen aus anderen Disziplinen bedienen. Das bedeutet natürlich nicht, daß nicht der klinische Soziologe über eine außerhalb der Soziologie selbst zu verantwortende therapeutische Zusatzausbildung in Personal-Union auch diese therapeutischen Kompetenzen praktisch wahrnehmen kann. Aber es wären natürlich auch teamartige Zusammensetzungen verschiedener Kompetenzen in der Praxis denkbar. Mir liegt hier nur daran, von Anfang kein Mißverständnis über die notwendige Abgrenzung zwischen der Ausbildung zum klinischen Soziologen als Soziologen mit eigenständigen Interventionsformen und der Ausbildung zu einer therapeutischen Kompetenz aufkommen zu lassen. Wo eine Kombination der Qualifikation zum klinischen Soziologen mit einer therapeutischen Kompetenz sinnvoll erscheint, sollten die zu diesen beiden Qualifikationen führenden Ausbildungen auch institutionell getrennt bleiben. Die klinische Soziologie würde sich jedenfalls als Soziologie übernehmen, wenn sie sich Übergriffe auf das klassische Gebiet von Psychotherapien zumuten würde.

Noch einmal sollte betont werden, daß diese Vorstellungen über spezifische Formen der Interventionspraxis in einer klinischen Soziologie naturgemäß noch vage und wenig konkret sein müssen. Hier liegt eine wichtige Entwicklungsarbeit vor uns, die letztlich nur über die reflexive und rekonstruktive Bearbeitung praktischer Erprobungen vorangetrieben werden kann.

Die Professionalisierungstheorie sichert für diese Rekonstruktion einen geeigneten analytisch-begrifflichen Rahmen.

4. Die methodologische Nachbarschaft zu anderen Disziplinen der Sozial-, Kultur- und Geisteswissenschaften inklusive der Humanmedizin.

Die Methodologie einer hermeneutischen Methodologie vermag ihrerseits auch einen Beitrag zur Wiederannäherung zwischen den verschiedenen Disziplinen der Sozial-, Kultur- und Geisteswissenschaften zu leisten, so wie diese Disziplinen ursprünglich sich mit der naturwissenschaftlichen Forschung unter dem gemeinsamen Dach der Philoso-

phischen Fakultät in der Humboldtschen Universität gebildet haben. Denn insofern die soziologische Hermeneutik sich explizit in konstitutionstheoretischer Hinsicht den konstitutiven Eigenschaften der sinnstrukturierten Welt zuwendet und diese elementar zu bestimmen versucht, wird sie notwendig auch zur Klärung der methodologischen Grundlagen der anderen Disziplinen beitragen und darin sich mit diesen in einem gemeinsamen Bezugsrahmen treffen. Für die klinische Soziologie erwächst daraus der Vorzug, in eine engere, flüssige, sachhaltige Kooperation mit den Fächern zu treten, die für die sachliche Erschließung der für eine Beratungspraxis in Frage kommenden Felder in Frage kommen. Das gilt auch für die Medizin und die Rechtswissenschaften, soweit sie in ihrer eigenen Berufsausbildung es mit faktisch hermeneutisch-kunstlehreartigen Komponenten des Fallverstehens und der intuitiv gestalterfaßenden Falldiagnostik zu tun haben.

IV. Institutionelle und praktische Voraussetzungen der klinischen Soziologie

Die mit den institutionellen und praktischen Voraussetzungen verbundenen Fragen einer klinischen Soziologie können im Prinzip selbst schon professionalisierungstheoretisch behandelt werden. Sie betreffen vor allem die institutionalisierte Ausbildung und die Kontrolle der Berufsausübung und setzen als kollegial zu kontrollierende Funktionen jeweils eine explizite Professionsethik voraus. Dabei ist natürlich davon auszugehen, daß alle diese Antworten konkret noch entwickelt werden müssen.

1. Exemplarische Anwendungsgebiete.

Gerade, weil erprobte Antworten auf diese Fragen noch fehlen, entsprechend auch eine kodifizierte Ausbildung zum klinischen Soziologen erst noch entwickelt werden muß, empfiehlt es sich zunächst, auf einige wenige praktische Anwendungsgebiete der klinischen Soziologie sich zu konzentrieren, z.B. zum einen auf einen bestimmten inhaltlichen Bereich der Beratung privater oder halb-öffentlicher Organisationen und zum anderen auf einen Bereich öffentlicher sozialer Infrastrukturleistungen in Kombination mit therapeutischer Praxis. Jedoch sollte diese Festlegung nicht starr vorgenommen werden, sondern es sollte genügend Raum für ein flexibles Eingehen auf konkrete Anforderungen gegeben sein. Nur sollte von Anfang an dafür gesorgt sein, daß hinreichend überschaubare Anwendungsgebiete gewählt werden, damit es nicht zu einer Überforderung und Verzettelung kommt und möglichst von Anbeginn an sich fortschreibbare Kooperationsverhältnisse mit der Praxis ergeben.

2. Organisierte Ausbildung und begleitende Forschung.

Natürlich bedarf es eines geordneten Ausbildungsweges zum klinischen Soziologen innerhalb der allgemeinen Soziologie-Ausbildung. Spezial-Veranstaltungen für den klinischen Soziologen müssen als solche geplant und ausgewiesen sein. An die Möglichkeit eines eigenen Studienganges innerhalb der Soziologie ist zu denken. Ein eigener Forschungsschwerpunkt der klinischen Soziologie mit der Hauptfunktion der praxis- und ausbildungsbegleitenden Forschung und der speziellen Methodenentwicklung sollte angestrebt werden und nach Möglichkeit mit einem Schwerpunkt für eine Post-Graduierten-Ausbildung kombiniert werden. Welche Komponenten dieser Studienschwerpunkt enthalten sollte, wird in einem eigenen Abschnitt behandelt.

3. Professionsethik.

Die Ausformung einer eigenständigen Professionsethik hat natürlich die allgemeinen Grundzüge einer Professionsethik wie: Abstinenz vom bzw. Einschränkung des Profit-Motivs bei der Tätigkeitshonorierung und der Tätigkeitsannoncierung; Gemeinwohlbindung; Verpflichtung gegenüber den Standards kollegialer Kontrolle und kollegialer Hilfe; Vertrauensschutz des Klienten, usf. zu inkorporieren.

Spezielle professionsethische Prinzipien einer klinischen Soziologie müssen im Vollzug der praktischen Erprobung zur Geltung kommen. Dazu werden vor allem Standards der Forschungsethik in Verbindung mit dem Datenschutz und einer spezifischen Schweigepflicht des Forschers sowie die Verpflichtung zur Vermeidung von Beratungen von im Konkurrenzverhältnis stehenden Klienten gehören, aber auch Prinzipien der Offenlegung von Möglichkeiten und Grenzen der Intervention und Beratung.

V. Organisation der Ausbildung zum klinischen Soziologen innerhalb der allgemeinen Soziologie-Ausbildung.

Hier sollen vor allem Elemente und Bausteine behandelt werden, die sich schon jetzt konzipieren lassen. Von einem integrierten, durchgearbeiteten Plan oder Konzept kann noch keine Rede sein.

1. Praktika

Wichtigster spezifischer Bestandteil eines Ausbildungsganges zum klinischen Soziologen wird für den Studenten das Absolvieren von berufsvorbereitenden Praktika sein. Sie sollten jeweils drei Monate auf zwei miteinander kon-

trastierenden Praxisfeldern durchgeführt werden, die nach Möglichkeit zu Beginn der Erprobung dieses Schwerpunktes mit den exemplarischen Anwendungsgebieten (s. oben) korrespondieren sollten. Erste Aufgabe bei der Einrichtung eines Schwerpunktes "klinische Soziologie." wird es also für die wBE Sozialisation/Sozialpsychologie sein, in und um Frankfurt konkrete institutionelle Praxisfelder für Praktika zu finden und mit entsprechenden Institutionen, Organisationen, Unternehmen und freien Berufspraxen zu vereinbaren. Bevor solche Praktikums-Möglichkeiten nicht verbindlich geschaffen sind, hat es keinen Sinn, andere Veranstaltungen eines Schwerpunktes für klinische Soziologie anzubieten.

2. Die Begleitung der Praktika.

Vergleichbar den Schulpraktika der Lehrerstudenten müssen diese je dreimonatigen Praktika in speziellen Kursen vorbereitet, begleitet und nachbereitet werden. Dabei sollten vor allem exemplarische Fallanalysen zum Einsatz kommen, die das systematische Protokollieren konkreter Abläufe während der Praktika voraussetzen. Bei der Vorbereitung wird die sachhaltige, materiale Einarbeitung in die Probleme des Praxisfeldes und deren professionalisierungstheoretisch angeleitete Analyse im Vordergrund stehen müssen.

3. Anwendungsbezogene Übungen und Seminare.

Gemeint sind hier spezielle Veranstaltungen zur Einarbeitung in und Vermittlung von Techniken der Intervention und deren theoretische(n) und methodische(n) Grundlagen. Dabei wird die vergleichende Betrachtung von therapeutischen Modellen der Intervention sowie der strategischen Beratung im Bereich von Marketing und Unternehmensberatung einen großen Stellenwert besitzen. Wesentliche theoretische Grundlage für diesen Veranstaltungstyp werden die Professionalisierungstheorie und die Geschichte der Professionen sein.

4. Methodenseminare.

Über die allgemeine Ausbildung in qualitativen Methoden der empirischen Sozialforschung hinaus wird es sehr wichtig sein, spezielle Veranstaltungen regelmäßig anzubieten, in denen i) die theoretischen Grundlagen der Hermeneutik vermittelt, ii) die spezifischen Ausformungen hermeneutischer Methoden der Sozialforschung vergleichend dargelegt und vor allem iii) exemplarische Fallrekonstruktionen auf verschiedenen Sachgebieten forschungspraktisch durchgeführt werden. Diese Methodenseminare

sollten nach Möglichkeit in sich die Form materialbezogener Forschungspraktika haben. Es sollten aber auch Seminare dazugehören, in denen allgemeinere forschungslogische Betrachtungen zur Weiterentwicklung der Methodologie einer hermeneutischen Soziologie angestellt werden.

5. Materiale Seminare zu den institutionellen Bereichen und Anwendungsgebieten der klinischen Soziologie

Selbstverständlich müssen zu den Anwendungsgebieten der klinischen Soziologie die einschlägig dafür zuständigen Spezialsoziologien jeweils überblicksartig und exemplarisch vertiefend in Vorlesungen und Seminaren vermittelt werden.

Die Veranstaltungen zu den Punkten 4 und 5 werden sich am ehesten mit der allgemeinen Soziologie-Ausbildung verbinden lassen.

6. Weiterbildung und Kontaktstudium für in der Praxis tätige klinische Soziologen.

Von Anfang an sollte vorgesehen sein, einen regelmäßigen Kontakt zu den vom Schwerpunkt ausgebildeten, in der Praxis tätigen klinischen Soziologen zu institutionalisieren. Praktisch bedeutet das das Folgende:

Die notwendige Weiterbildung dieser in der Praxis tätigen klinischen Soziologen sollte vom Schwerpunkt systematisch betrieben werden. Das kann dazu benutzt werden, weiterbildendes Kontaktstudium mit einer Funktion der Erweiterung der Lehrangebote im Schwerpunkt selbst funktional zu verknüpfen. Während die in der Praxis Tätigen also sich in regelmäßigen Abständen zu ein oder zwei Semestern eines weiterbildenden Kontaktstudiums am Schwerpunkt aufhalten, sollten sie zugleich ihre praktischen Erfahrungen in die primäre Ausbildung der Studenten am Schwerpunkt einbringen. Dazu sollten sie selbst Lehrveranstaltungen durchführen, möglichst in Kooperation mit einem hauptamtlich am Schwerpunkt tätigen Soziologen, damit es zu einer fruchtbaren Konfrontation zwischen der akademischen Lehre und der Berufspraxis kommt. Der aus der Praxis kommende, zugleich ein Kontaktstudium absolvierende Soziologe sollte die Funktion wahrnehmen, die Probleme der Praxis gegen die Sprödigkeit der Theorien und Methoden stark zu machen, und der hauptamtlich lehrende Soziologe sollte diese Probleme in die Sprache der Theorie und die Modelle der Methodologie übersetzen bzw. diese an den festgehaltenen praktischen Problemen erproben.

Daneben sollte ins Auge gefaßt werden, für Praktiker Kolloquien und Fallseminare mit Super-Visions-Funktion regelmäßig durchzuführen.

VI. Unmittelbare Aufgaben der wBE Sozialisation/Sozialpsychologie und des Fachbereichs insgesamt.

Es ist offensichtlich, daß es sich im Vorangehenden nur um Anstöße zur Diskussion handeln konnte. Die erste Aufgabe unserer Abteilung wäre also, über diese Vorschläge zu diskutieren und zunächst einmal darüber zu beraten, ob man überhaupt einen Schwerpunkt "klinische Soziologie" für sinnvoll hält und ihn realisieren will.

Sodann müßten, im Falle eines Konsens über diese Eingangsfrage, gewichtige Konzeptualisierungsarbeiten schrittweise ins Auge gefaßt werden. Ganz wichtig wäre es, die verschiedenen Positionen zur hermeneutischen Sozialforschung, die in der Abteilung faktisch vorhanden sind, auf ihre Differenzen und Gemeinsamkeiten hin deutlicher zu bestimmen, so daß es am Ende möglich ist, eine Art Tableau von Bausteinen der hermeneutischen Sozialforschung zu formulieren und einem Veranstaltungsplan zugrundezulegen.

Des weiteren wäre ganz entscheidend, die verschiedenen Vorstellungen zur möglichen Interventionspraxis einer klinischen Soziologie gründlich zu erörtern und daraus Folgerungen für eine entsprechende praktische Ausbildung zu ziehen bzw. Möglichkeiten einer Zusatzbildung in anderen Bereichen, etwa der Psychotherapie oder der vorhandenen Institutionenberatung, zu prüfen.

Schließlich wäre auch eine Verständigung über den Gegenstand und die zentralen Begriffe und Annahmen der Professionalisierungstheorie wünschenswert.

Am Ende dieser Beratungen könnte ein erster konkreter Vorschlag zur Ausbildung des klinischen Soziologen und zur Einrichtung der dafür minimal notwendigen spezifischen Veranstaltungen stehen.

Gemeinsam mit dem gesamten Fachbereich müßte nach diesen Vorarbeiten darüber beraten werden, ob und wie man einen eigenen Studiengang "klinische Soziologie" oder nur einen Schwerpunkt innerhalb der allgemeinen Soziologie-Ausbildung einrichten will, und inwieweit man gemeinsam die Einrichtung eines Schwerpunktes für die Post-GraduiertenAusbildung, kombiniert mit einem auf Funktionen der "klinischen Soziologie" bezogenen Forschungsschwerpunkt, betreiben will.